Aus der chirurgischen Klinik zu Rostock.

Beitrag

zur

Chirurgie des Mesenterium

mit besonderer Berücksichtigung der Prognose.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt von

Gustav Forjahn,

Assistenzarzt im Schleswig-Holstein'schen Trainbataillon Nr. 9.

Borna-Leipzig
Buchdruckerei Robert Noske
1904.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Rostock.

Referent: Professor Dr. Müller.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549202_0122

Die eigentliche chirurgische Literatur über Mesenterialerkrankungen beginnt erst mit dem Jahre 1880, wo Millard und Tillaux[1]) den ersten Fall von Heilung einer Mesenterialzyste berichten. Hierauf folgen dann bald die Veröffentlichungen von Péan[3]) (3 Zysten) [siehe Braquehaye[2])] und von Madelung[4]) (1 Lipom). Nachdem einmal die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf derartige Erkrankungen des Mesenterium gerichtet war, waren dieselben im Laufe der folgenden Jahre häufiger Gegenstand kasuistischer und zusammenfassender Bearbeitungen.

Die wichtigsten Arbeiten sind wohl die von Augagneur,[5]) v. Bramann,[6]) Hahn,[7]) Frentzel,[8]) Braquehaye,[2]) Harris and Herzog,[9]) Berkeley G. A. Mognihan,[10])

---

[1]) Millard et Tillaux, Cyste du mésentère chez un homme. Ablation par la gastrotomie. Guérison. Bulletin de l'academie de médicine. Séance du 17. août 1880.

[2]) Braquehaye, Cystes du mésentère. Arch. gén. de méd. 1892.

[3]) Péan. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.

[4]) Madelung. Exstirpation eines vom Mesenterium ausgehenden Lipoma oedematosum myxomatodes mit partieller Resektion des Dünndarmes. Berliner klinische Wochenschrift 1881 Nr. 6.

[5]) Augagneur, Tumeurs du mésentère. Thèse de Paris 1886.

[6]) Bramann, Über Chyluszysten des Mesenterium. Archiv für klinische Chirurgie Bd. 35 Heft 1.

[7]) Hahn, Über Mesenterialzysten. Berl. klin. Wochenschr. 1887.

[8]) Frentzel, Zur Semiotik und Therapie mesenterialer Zysten. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1892.

[9]) Harris and Herzog, Solid mesenteric tumors with report of cases. Annals of surgery 1897, Juli.

[10]) Berkeley G. A. Mognihan, Mesenteric cysts. Annals of surgery 1897.

Bégouin[11]) und in neuster Zeit die von v. Ritter[12]) und von Smoler.[13])

Es sind die verschiedenartigsten Geschwülste beobachtet worden.

I. Von den zystischen Tumoren:

a) chylöse Zysten,
b) seröse Zysten,
c) blutig-seröse Zysten,
d) Echinokokkuszysten,
e) Dermoidzysten,
f) Zysten aus abgeschnürten Darmteilen (Enterokystome).

Braquehaye[2]) hat aus der Literatur bis 1892 schon 104 zystische Tumoren zusammenstellen können, und zwar verteilen sie sich folgendermaßen:

33 seröse und chylöse Zysten,
25 Blutzysten,
20 Echinokokkuszysten,
9 Dermoidzysten (und 4 aus benachbarten Organen hervorgegangene und zwischen die Mesenterialamellen eingewachsene),
13 Zysten (in keiner Klasse untergebracht).

Er gibt an:

bei Annähung und Eröffnung 93 % } Heilung
bei Exstirpation 60 % }

und fügt dann auch die betreffenden Fälle hinzu.

Becker[14]) fügt außer dem von ihm selbst veröffentlichten Fall zu diesen weitere 40 aus der Literatur bis 1900 gesammelte hinzu:

---

[11]) Bégouin, Traitement des tumeurs solides et liquides du mésentère. Revue de chirurg. 1898 und 1899.

[12]) v. Ritter, Zur Kenntnis der zystischen Lymphangiome im Mesenterium des Menschen. Zeitschrift für Heilkunde 1900, Bd. 21.

[13]) Smoler, Zur Kasuistik der mesenterialen Lymphzysten. Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 32, Heft 2, 1902.

[14]) Becker, Über Mesenterialzysten. Inaug.-Diss. Berlin 1900.

10 seröse Zysten,
12 chylöse Zysten,
1 eitrige Zyste,
10 Blutzysten,
2 Echinokokkuszysten,
2 Dermoide,
2 Enterokystome,
2 Zysten unbestimmter Art.

Hiervon sind 3 Fälle nicht operiert; sie endigten alle 3 letal.
Bei 25 Exstirpationen 5 mal exitus letalis.
Bei 12 Inzisionen mit Drainage 1 mal exitus letalis.

Nach Gildemeister[15]) ist in 51 Fällen ausgeführt:
2 mal Punktion,
22 „ Inzision mit Drainage,
27 „ Exstirpation.

Hiervon 8 mal exitus letalis, 43 mal Heilung.

Metting[16]) hat 36 Fälle aus der Literatur zusammengestellt.
13 mal Exstirpation, hiervon 1 mal exitus letalis, 1 mal Verlauf unbekannt.
20 mal Annähung mit Inzision, 5 mal exitus letalis, 4 mal unbekannt.
2 mal Punktion, 1 mal Heilung, 1 mal Verlauf unbekannt.

Bei einem Falle ist die Art der Operation nicht ersichtlich.

Ich selber habe noch weitere 26 Zysten aus der Literatur zusammengestellt, so daß die Zahl jetzt 171 betragen würde.

Von diesen 26 Fällen fallen noch auf den Zeitraum 1892 bis 1900 9 Zysten, die von Becker[14]) nicht erwähnt sind. Die anderen 17 fallen auf die letzten 3 Jahre.

---

[15]) Gildemeister, Beitrag zur Kenntnis der Mesenterialtumoren. Inaug.-Diss. Breslau 1902.

[16]) Metting, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Mesenterialzysten. Inaug.-Diss. Marburg 1898.

Diese 26 Zysten zerfallen in:

20 Chyluszysten,
1 blutig-seröse Zyste,
1 Angiokavernom,
1 Echinokokkuszyste,
2 Zystadenom,
2 sind nicht festzustellen.

Die Exstirpation wurde 15 mal ausgeführt, davon 10 mal Heilung, 4 mal exitus letalis, 1 mal Verlauf unbekannt.

Inzision mit Drainage wurde 4 mal vorgenommen mit 4 mal Heilung.

Bei 3 Fällen ist die Art der Operation nicht festzustellen, alle 3 mal Heilung.

Bei 2 Fällen Art der Operation und Verlauf nicht beschrieben.

Bei 2 Fällen keine Operation, beide Male exitus letalis.

Die Arbeiten mit den Namen der Autoren sind am Schlusse dieser Arbeit zusammengestellt.

II. Seltener als die zystischen Tumoren sind die soliden beobachtet und Gegenstand der Operation gewesen. Eine kurze Übersicht über das in dieser Hinsicht in der Literatur niedergelegte Material ergibt ungefähr folgendes:

Beobachtet wurden:

Lipome,
Fibrome,
Myxome,
Sarkome und deren Mischformen.

Harris and Herzog[9]) haben in Anschluß an einen von Harris operierten Fall (Sarkom) 57 Fälle aus der Literatur mit Angabe der Arbeiten und der Autoren zusammengestellt. Der erste Fall stammt aus dem Jahre 1730.

Reporter: J. J. Grambs; sex female; age, fiftythree years; tumor and weight, a monstrous growth, eighteen pounds.

Reference: Published in 1730 in Frankfort on the Main, Germany.

Von diesen 57 Fällen betrafen das männliche Geschlecht 30, das weibliche 25, bei 2 nicht ersichtlich; dem Alter nach am häufigsten in den Jahren 51—60, aber in jedem Alter beobachtet. Das jüngste Individuum war 2, das älteste 87 Jahre, bei denen Tumoren im Mesenterium zur Beobachtung kamen.

Ihrem histologischen Bau nach zerfallen diese 57 Fälle in

Carcinomata 16,
Lipomata 10,
Lipoma with calcareous masses 1,
Myxolipomata 3,
Fibrolipoma 1,
Fibromata 2,
Fibroma with calcareous degeneration 1,
Fibromyxoma partly ossified 1,
Osseous tumor 1,
Fibro-cartilaginous tumors 2,
Chylangioma 1,
Adeno-lymphoma 1,
Malignant lymphoma 1,
Sarcomata 7,
Fibrosarcoma 1,
Lymphosarcoma with colloid degeneration 1,
Unbestimmt 7.

Hierbei fällt die Anzahl der Karzinome auf, wofür aber als Erklärung angegeben wird, daß die meisten Fälle nicht mikroskopisch untersucht wären, und daher wohl die meisten zu den Sarkomen zu rechnen seien.

Zur Operation sind nur 18 Fälle gekommen, davon nur 10 geheilt, also 8 mal exitus letalis. Alle nicht Operierten — von 7 ist der Verlauf unbekannt — sind ihren Leiden erlegen.

Bégouin[11]) erwähnt 36 Fälle aus der Literatur — stellt sie aber nicht zusammen — von denen 29 operiert wurden. Hiervon sind 15 nach der Operation gestorben.

Gildemeister[15]) hat im ganzen 18 operierte Fälle feststellen können, davon nur 3 in der deutschen Literatur.

Ich habe aus der Literatur, soweit sie mir zugänglich war, (z. T. verfügte ich nur über kurze Referate der wesentlich ausländischen Literatur), 27 operierte Fälle gefunden.

Die betreffenden Arbeiten sind wieder am Schlusse zusammengestellt.

Die Fälle verteilen sich folgendermaßen:

Reine Lipome 5
„ Fibrome 4
„ Sarkome 7
Mischformen 11,
davon Myxolipome 4
Myxosarkome 1
Myxoma fibrosum 1
Fibrolipom 1
Fibrosarkom 2
Fibromyxom 1
Angiosarkom 1.

Von diesen 27 operierten Fällen starben nach der Operation 4.

Bei einem Falle konnte die Geschwulst nicht vollständig exstirpiert werden, bei einem anderen Fall trat alsbald ein Rezidiv auf und im Anschluß an die Operation desselben exitus letalis.

Es wären also 21 vorläufige „Heilungen“ zu verzeichnen.

Selbstredend ist die Prognose, was definitive Heilung betrifft, bei den benignen Geschwülsten a priori ganz anders aufzufassen als bei den malignen, bei denen sie sich, wie wir sehen werden, und wie ja auch zu erwarten ist, recht ungünstig gestaltet.

In eine besondere Rubrik einzureihen sind die Erkrankungen der Mesenterialdrüsen, insbesondere durch Tuberkulose.

Ich habe 14 derartige operierte Fälle in der Literatur verzeichnet gefunden.

10 wurden durch Exstirpation geheilt,
1 durch Annähung, Inzision und Auskratzung,
3 Patienten starben nach der Exstirpation.

Es treten also, wie sich aus Vorstehendem ergibt, die soliden Neubildungen und die entzündlichen Erkrankungen des Mesenterium (Drüsen), soweit sie Gegenstand einer chirurgischen Behandlung waren, ganz erheblich zurück hinter den Zystenbildungen des Gekröses.

Während die letzteren in betreff der Genese und vor allem des Verlaufes eine abschließende Beurteilung ermöglichen, scheint mir das Kapitel der soliden Neubildungen, namentlich in Rücksicht auf Prognose und Verlauf, noch weiterer Beobachtungen als Unterlage zu bedürfen.

Ich möchte daher auf Veranlassung von Herrn Professor Müller über das von ihm in seiner Privatklinik und im Luisenhospital zu Aachen und in der chirurgischen Universitätsklinik zu Rostock in dieser Hinsicht beobachtete und mir gütigst zur Veröffentlichung überlassene Krankenmaterial ein schließlich der zystischen Tumoren berichten.

I. Mesenterialzysten.

1. Fall:

Blutzyste (septiert). Aachen, L. H. III.

Dietrich H., 32 Jahre, aufg. 18. 7. 92. Gestorb. 26. 7. 92.

Anamnese: Patient will früher stets gesund gewesen sein. Vor ca. 2 Jahren erhielt er einen Stoß mit einem Balken gegen den Rücken in die linke Lendengegend. Er empfand lange Zeit dort Schmerzen, hat aber nicht deshalb zu Bett gelegen. Seit letztem Dezember oder Anfang Januar hat Patient eine Anschwellung seines Leibes bemerkt, dieselbe hat seitdem langsam zugenommen; auch hat sich ein zunehmendes Mattigkeitsgefühl und ziemlich starke Abmagerung dazugesellt, sodaß Patient schließlich unfähig zu jeder Arbeit wurde. Vor 7 Wochen soll einmal Gelbsucht bestanden haben. Die Schmerzen, die früher nur gering gewesen sind, haben sich in letzter Zeit, wo der Leibesumfang erheblich zugenommen, vermehrt. Patient will stets ein ausgesprochenes Gefühl der Schwere im Leibe haben.

Status praesens: Patient, der sehr abgemagert ist, sieht blaß, aber nicht ikterisch aus und hat einen leidenden Gesichtsausdruck. Der Leib ist stark aufgetrieben, entsprechend ungefähr dem Umfang bei einer Schwangern im sechsten bis siebenten Monat. Es besteht deutliche Dämpfung im Gebiete der rechten Seite des Abdomen vom Rippenbogen bis ins große Becken hinab, ohne scharfe Umgrenzung, nach links ebenfalls, aber weniger intensiv. Die abhängigen Partieen

des Leibes rechts und links zeigen ebenfalls Dämpfung, doch ist dieselbe ungleichmäßig und entspricht nicht der Kurve, die man bei freier Flüssigkeit im Leibe findet. Bei Umlagerung auf die linke Seite behält die Dämpfung, abgesehen von kleinen Verschiebungen, ihre Form bei. Es besteht rechtsseitiger Kryptorchismus. Die Blase, die vor der Untersuchung mittels Katheter entleert ist, enthielt wenig, klaren, eiweiß- und zuckerfreien Urin. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt keine Besonderheiten. Bei der Palpation des Abdomen hat man den Eindruck, als habe man einen derben, enorm großen, soliden (?) Tumor vor sich.

Diagnose: Läßt sich mit Sicherheit nicht stellen. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wird auf einen retroperitonealen Tumor gestellt, der, möglicherweise von dem Testikel in abdomine ausgehend, etwa ein Sarkom desselben sein könnte.

21. 7. 92. **Operation:** Es wird ein ca. 8 cm langer Hautschnitt etwas nach außen vom äußeren Rande des Musc. rectus unterhalb des rechten Rippenbogens angelegt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle tritt eine sehr blutgefäßreiche Zystenwand zutage. Ein Umfassen der Zyste ist wegen der riesigen Ausdehnung derselben nicht möglich. Um die Zyste eventuell vor der Bauchwunde entwickeln zu können, wird Punktion und dann Inzision derselben vorgenommen, wobei sich ca. 4 bis $4^1/_2$ l (ein Teil ging verloren) leicht blutiger Flüssigkeit entleeren. Hierauf sieht man, daß eine zweite Zyste, von der eben entleerten durch ein Septum getrennt, sich gleich anschließt. Diese entleert inzidiert ebenfalls mehrere Liter derselben ziemlich dunklen Flüssigkeit. Ein Entwickeln der Zyste erweist sich als unmöglich. Nach Erweiterung der Bauchwunde durch einen Querschnitt stellt sich heraus, daß es sich um ein septiertes Mesenterialkystom handelt. Die Ränder des inzidierten Zystensackes werden mit dem Peritoneum parietale, bezw. der Haut, vereinigt, und die letztere durch einige Hautnähte etwas verkleinert. In die beiden Zysten werden zwei große Gazetampons eingeführt. Verband.

21. 7. 92. Abends Befinden im ganzen gut. Puls 96. Zweimal ist leichtes Erbrechen aufgetreten. Gegen 6 Uhr wird eine Kochsalzinfusion von 350 g gemacht. Der Verband ist ziemlich stark durchtränkt.

22. 7. 92. Das Erbrechen hat während der Nacht fortbestanden. Puls 108. Urin wird spontan entleert. Per os Genossenes wird alles wieder erbrochen, deshalb zwei Nährklystiere. Verbandwechsel.

23. 7. 92. Fortgesetztes Erbrechen. Wegen starker Durchtränkung Verbandwechsel. Es zeigt sich, daß sich eine Dünndarmschlinge von oben zwischen Zyste und Bauchwand eingeklemmt hat, da sich dort durch die Brechbewegung einige die Zyste fixierende Nähte gelöst haben. Die Reposition der Schlinge in Narkose gelingt leicht. Erneuerung der tiefen Tampons. Bis jetzt sind noch keine Flatus oder Stühle eingetreten. Drei Nährklysmen.

24. 7. 92. Erbrechen weniger oft, doch noch mehrmals am Tage. Keine Flatus, kein Stuhl. Puls klein, 104. Die Schwäche nimmt zu, es werden zwei Kampherinjektionen gemacht.

25. 7. 92. Zunehmende Schwäche, Puls klein, unregelmäßig, 108. Ab und zu noch Erbrechen. Kein Flatus oder Stuhl. Abends Patient moribund.

26. 7. 92. Der exitus letalis tritt morgens $^1/_2$1 Uhr ein.

Die **Obduktion** ergibt eine enorme septierte Mesenterialzyste, welche aus zahlreichen kleinen und größeren bis zu den beiden bei der Operation eröffneten größten Zysten bestehend, von der Radix mesenterii ausging und vollständig retroperitoneal war. Im Abdomen findet sich viel freie blutige Zystenflüssigkeit. Eine Darmabknickung besteht nicht, keine eitrige Peritonitis.

2. Fall:

Pseudozyste. (Abgesacktes tuberkulöses Mesenterialexsudat.) Aachen, L. H. I.

Frl. Auguste H., 20 Jahre, aufg. 19. 4. 93, entlassen 12. 6. 93.

Anamnese: Patientin ist im Verlaufe der beiden letzten Jahre verschiedentlich wegen Weichteil- und Knochentuberkulose operiert. Es fanden sich tuberkulöse Herde auf dem Rücken (7.—8. Rippe rechts), in der linken hinteren Hüftgegend (Darmbein?), am linken Oberschenkel, am sternalen Ende des linken Schlüsselbeins, in der rechten Supraklavikulargrube und am linken Daumenballen. Teils wurden die ziemlich trockenen, lange bestehenden Fisteln mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, teils waren größere Operationen nötig, so z. B. die Resektion des sternalen Endes der linken Klavikula, die Resektion von ca. 3 cm der 7. rechten Rippe, Resektion eines Stückes vom rechten oberen Schulterblattrande und eines ungefähr 4 cm langen und 1 cm breiten Stückes von der Spina scapulae, Spaltung der linken Daumenfistel und Spaltung von Weichteilabszessen am linken Oberschenkel und Gesäß. Außerdem litt Patientin im vorigen Jahr an einem von einer Glutäalfistel ausgegangenen Erysipel.

Status praesens: Kräftige, gesund aussehende Patientin. Die Wunden resp. Narben der früheren Operationen ohne Zeichen für Rezidive. Am linken Daumenballen besteht noch eine kleine subkutane Fistel, die aber nicht auf den Knochen führt; eine tiefer gehende Fistel sieht man in der Gegend der Symphysis sacroiliaca. Im linken Musculus rectus abdominis, etwas unterhalb des Nabels, fühlt man einen Tumor von ungefähr Hühnereigröße, der das Gefühl von Fluktuation bietet. Die Haut darüber zeigt keine entzündlichen Erscheinungen. Schmerzlose, langsame Entwicklung. Kein Fieber.

21. 4. 93. Erweiterung und Auskratzen der Fisteln. Die Inzision in den Tumor ergibt einen tuberkulösen Weichteilabszeß. Auskratzen, Drainage, Verband.

26. 4. 93. Patientin erwähnt nachträglich, daß sie seit einiger Zeit über Schmerzen im Unterleib und über ein Gefühl von Schwere dortselbst zu klagen habe. Eine Anschwellung der Abdominalgegend ist auch deutlich sichtbar. Bei der Palpation ist ein fluktuierender Tumor durchtastbar. Menses sind in der letzten Zeit immer regelmäßig gewesen. Im letzten Winter wurde

angeblich auswärts eine Parametritis (?) durchgemacht, welche ca. zwei Monate dauerte und mit Ausspülungen behandelt wurde.

Die Untersuchung in Narkose ergibt: Links in der Gegend des Parametrium, resp. etwas nach außen davon ein zystischer, nicht scharf abgegrenzter, nur wenig beweglicher Tumor, von dem es zweifelhaft bleibt, ob er als intraligamentärer Tumor, resp. als retroperitoneale Zyste aufzufassen ist. Linkes Ovarium nicht zu fühlen, rechtes deutlich.

Die Diagnose schwankt zwischen Zyste und abgesacktem Exsudat (Abszeß?).

2. 5. 93: **Operation:**

Nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Medianlinie wölbt sich ein zystischer Tumor vor, der prall gefüllt, im ganzen mannskopfgroß ist und, wie die nähere Untersuchung ergibt, dem Mesenterium der Flexur angehört. Mannigfache Verwachsungen deuten auf entzündlichen Ursprung. Nach Probepunktion wird die Zystenwand an die Bauchwand angenäht und darauf inzidiert. Es entleeren sich ca. $2^1/_2$ Liter einer dünnflüssigen, rotbraunen, undurchsichtigen Flüssigkeit, deren mikroskopische Untersuchung zahlreiche rote Blutkörperchen ergab. Tamponade des Zystensackes. Verband.

1. 6. 93. **Verlauf:** Die Heilung erfolgte ohne Komplikationen per granulationem in vier Wochen. Eine Untersuchung in Narkose ergibt danach, daß eine Wiederansammlung von Flüssigkeit im Zystensack nicht stattgefunden hat.

12. 6. 93. Patientin wird geheilt entlassen.

3. Fall:

Enterokystom des Mesozoekum resp. des Mesenteriolum des Processus vermiformis. — Aachen, Priv.-Klin.

Frl. P., 39 Jahre, aufg. 26. 10. 97.

Anamnese: Patientin ist angeblich immer im wesentlichen gesund und von jeher sehr tätig gewesen. Sie wurde vor einigen Tagen wegen Erkältung ärztlich untersucht; dabei stellte sich zufällig ein Tumor im Abdomen heraus, den der Arzt für Ovarialzyste mit langem Stiel hielt. Patientin hat angeblich

nie davon Beschwerden gehabt, nur vor einigen Monaten hat sie einmal einige Tage in der rechten unteren Bauchgegend Schmerzen verspürt. Vor wenigen Jahren wurde sie von einem Gynäkologen untersucht. Es wurde jedoch angeblich nichts wesentliches dabei gefunden.

Status praesens: Sonst gesunde Patientin. Schon von außen deutlich sicht- und durchfühlbarer zystischer Tumor in der rechten Bauchgegend, seitlich deutlich verschieblich, läßt sich auch nach der Beckenhöhle hinunter etwas verschieben, macht aber doch eher den Eindruck einer adhärenten Netz- oder Mesenterialzyste. Dämpfungs- und Palpationsgrenzen der Zyste: Rechts bis zur Lendengegend hin, links bis zur linken Parasternallinie, nach unten bis 2 Querfinger unterhalb der Spin. ant. sup., nach oben bis fast zur Leber hinreichend, von dieser nicht sicher abzugrenzen. Mitunter eine schmale Zone tympanitischen Schalles zwischen Leberdämpfung und Zystendämpfung. Bimanuell: Uterus retrovertiert und etwas retroflektiert, vor allem aber sinistrovertiert. Linkes Ovarium deutlich, rechtes ohne Narkose nicht fühlbar, wohl aber in Narkose. Bei Bewegungen der Zyste bleibt das rechte Ligamentum latum unausgezogen, mit den Genitalien hat die Zyste wohl keinen Zusammenhang. Urin ohne Eiweiß und Zucker.

Diagnose: Mesenterial- oder Netzzyste. Retroperitoneales Dermoid?

27. 10. 97. **Operation:** Rechtsseitiger Längsschnitt am Außenrande des Rektus. Es präsentiert sich sogleich die Zystenwand, die mit dem Zoekum, resp. wie sich dann herausstellte, mit dem Mesenteriolum des Processus vermiformis und dem Mesozoekum im innigen Konnex steht. Der Processus vermiformis und das Zoekum sind stark nach oben verdrängt. Bei dem Versuch die Zyste nach Einschneiden des vorn liegenden Mesenteriolumblattes zu enukleïren, reißt die Zyste ein. Klarer Zysteninhalt, ca. $1^1/_2$ Liter, entleert sich. Der Rest des Zystensackes läßt sich fast stumpf aus den Mesenterialblättern ausschälen. Der Processus vermiformis „reitet“ auf der Zyste wie der Embryo auf dem Dottersack.

Vor definitiver Ausschälung wird der Processus vermiformis in typischer Weise amputiert, da seine Wand stark verdickt ist und man feste Konkremente durchfühlt, ferner auch kleine Adhäsionen sich am Zoekum finden. Die Innenfläche der im ganzen mittelkindskopfgroßen Zyste ist mit feinen Buckelchen besetzt. Frische Höllensteinbehandlung ergibt typische Kittlinien. (Lymphendothelbelag? einschichtig).

Bei der **mikroskopischen Untersuchung** des gehärteten Präparates (die Zyste war frisch gut zweimannsfaustgroß) ergibt sich unzweifelhaftes Zylinder-, stellenweise kubisches (abgeplattetes) Epithel.

3. 11. 97: **Verlauf** fieberlos ohne Besonderheiten. Pat. nach vier Wochen geheilt entlassen. Gibt übrigens nachträglich zu, doch öfters heftigere Schmerzen im Leibe gehabt zu haben, einmal bis zur Ohnmachtsanwandlung (Appendizitis?).

4. Fall:

Dermoidzyste. Aachen, Priv.-Klin.

Frau S., 33 Jahre alt.

Anamnese: Patientin sonst im wesentlichen immer gesund, will in letzter Zeit sich „weniger wohl fühlen". Bei einer allgemeinen Untersuchung durch den Arzt wurde zufällig in der mittleren Bauchgegend ein apfelgroßer Tumor gefühlt, der von demselben als Ursache des schlechten Befindens angesprochen wurde, dessen Natur demselben aber zweifelhaft schien. Außer Obstipation keinerlei Darmerscheinungen, auch keine Schmerzen. Patientin hat zwei Partus ohne Störung durchgemacht.

Status praesens: Die Untersuchung der Brustorgane ergibt keinen krankhaften Befund. Pat. sieht keineswegs krank aus. Man fühlt bei den ziemlich schlaffen Bauchdecken mit Leichtigkeit etwas links oberhalb des Nabels einen gut apfelgroßen Tumor, der nach allen Richtungen sich etwa um Handbreite verschieben läßt, bei der Respiration aber unbeweglich erscheint. Bei Betastung des Tumors mit zwei Händen hat

man den Eindruck, daß es sich um einen ringförmigen Tumor von nicht sehr derber Konsistenz handelt, daß der Ring etwa 2—3 cm breit ist, und daß sich die Zeigefingerspitzen innerhalb dieses Ringes berühren. Wesentlich auf Grund dieses Symptomes wird die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen zirkulären Tumor des Darmes gestellt (Kolon transversum?) und mit der Möglichkeit eines schwieligen tuberkulösen Tumors oder malignen Darmtumors gerechnet. Weitere pathologische Veränderungen nirgends festzustellen.

18. 12. 98. **Operation:** Laparotomieschnitt in der Mittellinie im Epigastrium. Man kommt unschwer auf den nach allen Richtungen beweglichen, kugligen Tumor, der, dem Mesenterium des oberen Ileumabschnittes angehörig, dicht bis an den Mesenterialansatz am Darm heranreicht. Das Mesenterium zeigt im Gebiet des Tumors außer einer geringen Verdünnung und stärkerer Gefäßinjektion keinerlei Veränderungen. Nach Schutz der übrigen Bauchhöhle mit Kompressen läßt sich der fast bis in das Niveau der Bauchwunde hervorgehobene Tumor fast ganz stumpf enukleïren. Er erweist sich als eine fast apfelgroße, ziemlich dickwandige, reine Dermoidzyste mit gelblichem Epidermisbrei und feinen Haaren angefüllt.

Verlauf ganz aseptisch und fieberlos. Nach 3 Wochen ohne Beschwerden — außer fortbestehender geringer Obstipation — geheilt entlassen.

Pat. ist auch in der Folgezeit, abgesehen von einem später eingetretenen Bauchbruch, gesund geblieben.

5. Fall:

Lymphangioma cysticum. — (Chir. Univers.-Klin. Rostock.)

Wilhelm N., 8 Jahre, aufg. 16. 1. 03, entl. 22. 2. 03.

Anamnese: Eltern und eine Schwester sind gesund. Patient war früher stets gesund. Seit 8 Tagen vor Weihnachten — also erst seit wenigen Wochen — bemerkten die Eltern, daß der Knabe nicht mehr so munter wie früher war,

über „Magenschmerzen“ klagte und keinen Appetit hatte. Kein Erbrechen, keine Durchfälle. Stuhlgang ganz regelmäßig. Seit Weihnachten schwoll der Leib stark an. Patient ist in den letzten Wochen etwas abgefallen, doch hat er nie „sehr gesund“ ausgesehen.

Status praesens: Sehr blaß und elend aussehender Knabe. Bleiche Gesichtsfarbe, leidender Gesichtsausdruck. Zunge feucht, nicht belegt. Knabe von für sein Alter normaler Größe, zart gebaut, Muskulatur schwach entwickelt. Ernährungszustand stark reduziert. Thorax nach unten faßförmig erweitert. Herz- und Lungenbefund normal. Mäßige Beeinträchtigung der Lungen durch das nach oben verdrängte Zwerchfell. Lungenlebergrenze in der Höhe der vierten Rippe in der rechten Mammillarlinie. Das Abdomen ist kolossal und zwar ziemlich gleichmäßig aufgetrieben, hat fast Halbkugelgestalt angenommen. Bauchdecken sehr dünn, prall gespannt, epigastrische Venen gut sichtbar. Nabel verstrichen. Bei der Palpation hat es den Anschein, als ob das Abdomen von einem großen zystischen Tumor ausgefüllt sei, der besonders die rechte Abdominalhälfte einnimmt. Dieselbe gibt von der Leber abwärts (untere Lebergrenze daher nicht feststellbar) bis zur Symphyse, nach links bis handbreit über die Mittellinie hinaus und nach rechts bis in die Lendengegend überall gedämpften Schall. Links von dieser Zone bekommt man lauten tympanitischen Darmschall. Blase nicht gefüllt, wird jedoch zur Untersuchung zur Sicherheit noch mittels Katheter ganz entleert. Der Tumor ist weder seitlich noch nach oben und unten beweglich, füllt überhaupt scheinbar den größten Teil der Bauchhöhle aus. Deutliche Fluktuation und Wellenschlag beim Anschlagen an die Bauchdecken. Freier Erguß in der Bauchhöhle nicht nachweisbar. Keine Veränderung der Dämpfungsfigur bei Lageänderung des Patienten. Rechte Niere ebenso wie die Leber gegen den Tumor nicht abgrenzbar. Keine Oedeme an den Extremitäten. 24 stündige Urinmenge nur etwa 300 ccm. Puls klein, aber regelmäßig. Temperatur normal. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Stuhlentleerung auf Brustpulver reichlich, ohne be-

sonderen Befund. Einmaliges Erbrechen. Keine Zeichen für Peritonitis.

Diagnose: Zystischer Abdominaltumor (Echinokokkus? Hydronephrose? Retroperitoneale Zyste?) oder abgekapseltes tuberkulöses Exsudat?

20. 1. 03. **Operation:** Etwa 12 cm langer Schnitt in der Medianlinie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle liegt ein großer scheinbar zystischer Tumor vor; von den Därmen sieht man zunächst noch nichts. Bei der Größe des Tumors ist auch für die ganze in die Bauchhöhle eingehende palpierende Hand die Ausgangsstelle des Tumors nicht feststellbar. Man kann nur soviel konstatieren, daß sich über dem Tumor ein peritonealer Überzug befindet, der ein wenig gegen den Tumor verschieblich ist, der Tumor also selber retroperitoneal gelegen ist. Das hintere Peritonealblatt wird der Länge nach inzidiert und stumpf ein wenig nach beiden Seiten zurückpräpariert. Zum Zweck der Verkleinerung des Tumors wird derselbe mit einem Troikart punktiert und aus ihm bis ca. 2 Liter einer schwach rotbräunlichen, im ganzen sonst klaren, nicht riechenden Flüssigkeit entleert. Die bräunliche Verfärbung scheint durch Blutfarbstoff, von früheren Blutungen in den Tumor herrührend, bedingt zu sein. Durch die Entleerung der Flüssigkeit ist die Zyste um ein bedeutendes verkleinert, und gelingt es nun durch langsames, vorsichtiges, stumpfes Präparieren sie auszuschälen und vor die Bauchwunde zu ziehen, nachdem die beiden Hälften des peritonealen Überzuges mit dem Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand in die Bauchwunde provisorisch vernäht sind, und man auf diese Weise in die Lage versetzt ist, ganz extraperitoneal zu operieren. Nachdem die Zyste nun zum größten Teile entwickelt ist, fühlt man auch die rechte Niere an normaler Stelle, unvergrößert und isoliert von dem Tumor. Es wird als Bett und Ausgangspunkt der Zyste die Radix mesenterii festgestellt. Die ganz kollabierten Därme sind durch die Zyste in die linke obere Bauchgegend verdrängt. Durch langsames stumpfes Vorgehen gelingt es schließlich, den ganzen Tumor, der noch aus meh-

reren mehrkammerigen Zysten besteht, die auch z. T. bei der Entwicklung einreißen und platzen, zu entwickeln und in toto auszulösen. Bei der stumpfen Auslösung reißt auch das Mesenterialblatt an einer Stelle ein. Es schlüpft durch den Schlitz eine Dünndarmschlinge in das Geschwulstbett vor. Dieselbe wird reponiert und der Schlitz durch Katgutnaht vereinigt. Nach Auslösung der ganzen Zyste liegt das Geschwulstbett frei zutage. Am Grunde desselben befinden sich zahlreiche, prallgefüllte Mesenterialgefäße, von denen nur wenige bei der Auslösung verletzt wurden und unterbunden werden mußten. Die Blutung war überhaupt nur sehr gering. Der Schnitt im Mesenterium wird nach sorgfältiger Blutstillung und Ausräumung aller Blutgerinnsel durch fortlaufende Katgutnaht bis auf eine kleine Öffnung im unteren Wundwinkel vernäht und gleichzeitig an das Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand fixiert. Durch die offen gelassene Stelle wird ein Jodoformgazestreifen locker in das Geschwulstbett geleitet. Verschluß der Bauchwunde durch fortlaufende Peritoneumfasziennaht. Seidenknopfnähte der Haut. Dauer der Operation 45 Min. Subkutane Kochsalzinfusion 500 ccm. Temperatur abends 36,9. Puls 124. Pat. hat nicht erbrochen, Urin spontan gelassen. Abdomen weich.

Verlauf: 21. 1. 03. Morgens 37,5, abends 37,8. Puls 148 bezw. 160, klein. Zunge trocken. Pat. bekommt wenig Wein und Wasser, bricht danach aber wiederholt. 500 ccm Kochsalzinfusion subkutan. Nährklystier. Kampherinjektion. Viel Rasseln in der Trachea und den großen Bronchien (Bronchitis), hustet nichts aus.

22. 1. 03. Morgens 37,5, abends 37,8. Puls 152 bezw. 120, klein. 500 ccm Kochsalzinfusion subkutan. Bronchitis besser. Pat. hat die ganze Nacht hindurch noch gebrochen, heute nicht mehr. Weiter flüssige Nahrung. Nährklystiere.

23. 1. 03. Reichliche Stuhlentleerung. Verbandwechsel; Wunde ganz aseptisch, Abdomen flach, nicht schmerzhaft. Morgens 37,4, abends 38,8. Puls 120. 500 ccm Kochsalzinfusion subkutan. Kein Husten mehr.

26. 1. 03. Pat. hat gestern und vorgestern Temperatursteigerungen bis 39,1 gehabt. Puls dabei 96 bis 120. Heute morgen 37,2. Verbandwechsel. Entfernung des Jodoformgazetampons, hinter dem eine geringe Menge blutigeitrigen Sekretes retiniert ist. Pat. fängt im übrigen bereits an, sich zu erholen. Drainage der Höhle, Verband.

31. 1. 03. Pat. hat bei regelmäßigem Stuhlgang und mäßig gutem Appetit sich weiter gut erholt. Wunde dauernd ganz aseptisch. Nur noch ganz geringe Sekretion aus dem Geschwulstbett. Abdomen dauernd flach.

3. 2. 03. Entfernung der Nähte, Wunde per primam bis auf die Drainagestelle geheilt. Fortlassen des Drains.

6. 2. 03. Weiter fieberfreier Verlauf. Pat. erholt sich sichtlich, steht heute zum ersten Male auf.

22. 2. 03. Wunde bis auf eine kleine, nur noch mit Borke bedeckte Stelle geheilt. Pat. hat sich sehr gut erholt. Kein Bauchbruch. Geheilt nach Hause entlassen.

Beschreibung des Präparates. (Professor Dr. Ricker, pathol. Institut.)

An dem in Formalin gehärteten Präparate beträgt der Durchmesser der Geschwulst 23 cm. Von außen kann man unterscheiden einen Zystenteil, der durch Bindegewebszüge und Fett rauh ist und ungefähr $^1/_3$ der Zystenfläche einnimmt, und einen übrigen Teil, der glatter ist und des Fettgewebes entbehrt. Im Bereiche des rauhen Teiles springen außen eine größere Anzahl erbsen- bis kirschgroße Hohlräume vor, durch deren dünne Wand eine klare Flüssigkeit gelblich bis bläulich durchschimmert. An den mehr glatten Teilen ragen weniger zahlreiche, aber größere Zysten mit dickerer Wand und gleichem Inhalt zur Hälfte und stärker hervor. Die größte hat einen Durchmesser von 5 cm. Die anderen sind kleiner und stehen in Gruppen. Nach der Eröffnung zeigt sich ein Hauptraum, von dem die vorher erwähnten Zysten zum Teil völlig getrennt sind, andere münden breit in den Hauptraum hinein. Die kleineren, in Gruppen stehenden Hohlräume sind ebenfalls zum Teil völlig getrennt, zum Teil stehen sie in breiter Kom-

munikation. Die Innenfläche des Sackes ist größtenteils glatt, doch zeigt sie zahlreiche streifenförmig verdickte Stellen, die zum Teil netzförmig angeordnet sind. Andere Stellen sind belegt mit einer mehrere Millimeter hohen Schicht aus braunem, bröckeligem, der Unterlage fest anhaftendem Material. Auch in den kleinen Zysten befinden sich mit der braunen Masse belegte Wandstellen. Die Dicke der Wand des Hauptraumes beträgt mehrere mm bis $^1/_2$ cm. Die Flüssigkeit betrug im ganzen $2^1/_2$ Liter und wurde von Herrn Prof. Kobert als Lymphe mit Blutbeimengung analysiert. Mikroskopisch wurde Cholestearin nachgewiesen. Eine kleine Zyste wird entnommen und mit Arg. nitric. Lösung behandelt. Dieselbe zeigt deutlichen Endothelbelag.

Nach einer Nachricht vom 2. August 1904 ist das Allgemeinbefinden vorzüglich. Appetit und Verdauung gut. Seit der Operation keine Schmerzen mehr.

II. Solide Tumoren.

6. Fall:

Fibrom. Aachen, L.-H. III.

Frl. Sibille J., 33 Jahre, aufg. 15. 10. 92., entl. 5. 1. 93.

Anamnese: Patientin war in ihrer Jugend stets gesund. Vor drei Jahren machte sie Nervenfieber (Typhus) durch und war damals mehrere Monate sehr leidend. Dann war sie wieder gesund bis August dieses Jahres, wo sie an Durchfall litt, der ca. einen Monat mehr oder weniger stark anhielt. Bettlägerig war sie damals nicht, sondern versah vollständig ihre Arbeit. Verstopfung hat nie bestanden. Seit August dieses Jahres fühlt Patientin sich überhaupt leidend, sie empfindet ein Gefühl von Schwere im Leibe und bemerkte Anschwellung desselben. Besondere Schmerzhaftigkeit bestand und besteht nicht. Menses stets regelmäßig. Der hinzugezogene Arzt stellte eine große Geschwulst im Leibe fest und erklärte, daß Pat. sich einer Operation unterziehen müßte, weshalb sie hierher kam.

Status praesens: Abdomen im Gebiet der Mitte halbkuglig vorgewölbt; durch die Bauchdecken läßt sich ein großer Tumor palpieren, welcher zweimannsfaustgroß, ziemlich frei nach allen Seiten hin und her beweglich ist, auch bei Respiration sich verschiebt, aber wenig. Geschlechtsteile virginal, der Uterus ist von normaler Größe, leicht anteflektiert und beweglich. Das rechte Ovarium ist nicht deutlich zu palpieren, das linke normal. Brustorgane zeigen nichts Abnormes. Patientin von kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustand.

Diagnose: nicht mit Sicherheit zu stellen. Langgestielter solider Ovarialtumor? Retroperitonealtumor?

19. 10. 92. **Operation:** Hautschnitt in der Mittellinie von ca. 10 cm Länge. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle drängt sich ein großer runder Tumor in die Schnittöffnung, welcher, wie die Exploration mit der Hand ergibt, nicht vom Ovarium ausgeht. Nach Erweiterung des Bauchschnittes um einige Zentimeter nach oben und unten läßt sich der Tumor vor die Bauchhöhle entwickeln und man sieht an der linken Seite eine Dünndarmschlinge in größerer Ausdehnung hart an dem Tumor verlaufen. Dieselbe erweist sich als fast in ganzer Ausdehnung fest mit dem Tumor verwachsen, resp. gleichsam auf ihm liegend. Letzterer scheint in die hintere Wand der Schlinge, welche wie ein Band flach, fest ansitzend erscheint, direkt überzugehen. Der Peritonealüberzug geht direkt auf den Tumor über. Die Oberfläche des Tumors ist z. T. glatt, z. T. etwas uneben und sehr blutreich; enorm dicke und zahlreiche Venen verlaufen an verschiedenen Stellen der Oberfläche. Die Konsistenz ist fest, keine Fluktuation; Größe ist die eines kleineren Mannskopfes. Es scheint sich um einen Tumor in dem Mesenterium oder der Darmwand zu handeln, welcher zwischen die Blätter des Mesenteriums hineingewachsen ist. Der Versuch, den Darm von dem Tumor frei zu präparieren, erweist sich als unausführbar. Es muß daher, um den Tumor zu exstirpieren, der Darm mehrere Dezimeter lang reseziert werden in Verbindung mit dem Tumor. Die Exstirpation des Tumors gelingt wegen der zahlreichen festen Verwachsungen mit dem Mesenterium, welches auch in größerer Ausdehnung reseziert werden muß, nur schwer, nimmt lange Zeit in Anspruch und ist wegen der sehr zahlreichen, stark erweiterten Gefäße (Venen) mit ziemlichem Blutverlust verbunden. Die Resektion des Darmes erfolgt als letzter Akt. Vereinigung der Mesenterialränder und Anlegung einer Darmanastomose (Enteroenteroanastomose) nach Verschluß des oberen Endes. Die Anlegung der Anastomose ist sehr erschwert, weil das obere Darmende wegen seines kurzen Mesenteriums (es ist wahrscheinlich die kurz hinter dem Duodenum folgende Partie des Jejunum) sich nicht vorziehen läßt und deshalb in der Tiefe des Bauches

genäht werden muß. Am oberen Darmende wird die Anastomosenöffnung ca. 3—4 cm, bei dem unteren ca. 10 cm vom Ende angelegt, um die Ernährung durch die Mesenterialgefäße möglichst zu sichern. Das untere Darmende wird in die Bauchwunde eingenäht. Die Laparotomiewunde, nach oben noch mehrfach erweitert, ungefähr von der Symphysengegend bis zur Magengrube reichend, wird nun geschlossen, die obere Partie mit Jodoformgazetampons drainiert mit Rücksicht auf eventuelle Darmnekrose. Verband. Dauer der Operation drei Stunden, Puls verlangsamt. Aussehen der Patientin leidlich. Der Tumor wiegt 3 kg, hat auf dem Durchschnitt makroskopisch in der Hauptsache das Aussehen eines Fibroms. Abendtemperatur 35,8. Puls 110, klein, doch deutlich. Kein Erbrechen. Morphium. Kampherinjektion.

Verlauf: 20. 10. 92. Morgens 38,9, Puls 150. Kein Erbrechen. Leib weich; nachts einige Stunden Schlaf. Verband durchtränkt, Verbandwechsel. Entfernen einer spannenden Naht. Das eingenähte Darmende sieht gut ernährt aus. Patientin erhält Wasser mit Kognak und Eisstückchen, welches vertragen wird. Abends Temperatur 38,9. Befinden verhältnismäßig befriedigend.

21. 10. 92. Morgens 38,7, Puls um Mittag 168. Keine peritonitischen Erscheinungen, auch keine Abknickungserscheinungen. Patientin erhält mehrmals täglich Morphium subkutan. Innerlich etwas Kognak mit Wasser. Keine Flatus. Abends 37,4. Aussehen zufriedenstellend.

22. 10. 92. Morgens 37,8, Mittags 38,2, Abends 38,6. Zustand wie gestern.

24. 10. 92. Verbandwechsel. Wunde sieht reaktionslos aus. Keine Zeichen für allgemeine Peritonitis. Puls 138. Temperatur 38,3; 38,9; 38,7.

25. 10. 92. Flatus abgegangen. 38,0. Puls 120. 39,4; Puls 144.

29. 10. 92. Verbandwechsel. Wunde ohne Eiterung. Darmende ernährt. Puls 96. Es werden Suppen und etwas Portwein vertragen. Allgemeinbefinden befriedigend. In den letzten zwei Tagen mehrere Flatus.

31. 10. 92. Ein Stuhl, keine Beschwerden dabei.

3. 11. 92. An der Stelle des vernähten Darmendes haben sich einige Nähte gelöst (gestielte Nekrose der Darmwand), es besteht dort eine Darmfistel. Wunde in gutem Granulationszustand.

12. 11. 92. Verbandwechsel wegen reichlicher Wundsekretion alle zwei Tage. Wunde reaktionslos, Patientin seit einigen Tagen fieberfrei. Allgemeinbefinden gut. Von der Darmfistel aus wird ziemlich reichliches schleimiges Darmsekret geliefert.

15. 11. 92. Nachoperation. Schluß der bestehenden Darmfistel gelingt leicht durch Lösung und Naht.

30. 11. 92. Verlauf gut.

5. 1. 93. Patientin wird geheilt entlassen.

Am 2. 2. 93. stellt sich Patientin wieder vor. Es hat sich eine größere Hernia lineae albae gebildet. Bandage. Allgemeinbefinden sehr gut. Rezidiv nicht nachzuweisen. Seit dem Weggang aus dem Krankenhause Gewichtszunahme von $4\,^1/_2$ kg.

Der Tumor wurde von Prof. Orth als ein „zellreiches Fibrom“ diagnostiziert, ausgegangen wohl vom Mesenterium, nicht von der Darmwand. In den mitentfernten Lymphdrüsen nur Hyperplasie, kein Tumorgewebe.

13. 12. 93. Nachdem kaum ein Jahr seit der Operation vergangen ist, erscheint Patientin wieder im Krankenhause. Durch die Bauchdecken und die ziemlich breite Hernia lineae albae sind mehrere walnußgroße Knoten durchzufühlen, welche als Rezidiv des früher operierten Tumors gedeutet werden, da sie nach Rizinusentleerung bleiben und in Narkose besonders deutlich palpabel sind.

Diagnose: Rezidiv eines früher operierten Mesenterialtumors.

13. 12. 93. **Operation:** Nach dem Laparotomieschnitt werden zwei ca. walnußgroße, festliegende Tumoren im Mesenterium, nahe der früher angelegten Darmanastomose, ferner zwei dem lateralen parietalen Peritoneum aufsitzende Tumoren, einer von Haselnuß-, der andere von stark Erbsengröße, sichtbar. Keine Lebermetastasen sicht- oder fühlbar. Im Mesenterium

noch mehrere vergrößerte Drüsen palpabel. Wegen Multiplizität der Tumoren wird von der weiteren Exstirpation abgesehen und die Bauchwunde geschlossen.

Verlauf: 14. 12. 93. Temperatur 38,6. Puls 96, kräftig. Kein Erbrechen, Leib weich, nicht sonderlich empfindlich.

15. 12. 93. Befinden gut. Temperatur normal. Flatus abgegangen. Weiterer reaktionsloser Verlauf.

Patientin hat im weiteren Verlauf über schmerzhafte Empfindungen im Abdomen geklagt, sich aber sonst wohl befunden. Fast 4 Jahre nach der Operation lief die Anzeige vom Tode ein, der unter zunehmender Entkräftung an Metastasen eingetreten ist (ärztliche Mitteilung).

7. Fall:

Dünndarmmesenterialsarkom (Rundzellensarkom).
Aachen, L.-H. III.

Josef S., 8 Jahre, aufg. 9. 12. 94, entl. 2. 2. 95.

Anamnese: Patient aus gesunder Familie, früher immer gesund. Seit gut 8 Monaten fing Pat. an zu kränkeln und an Gewicht abzunehmen, verlor den Appetit, hatte aber angeblich nie an Durchfall oder Verstopfung zu leiden, so daß die Eltern weiter „kein Arg hatten“. Erst in den letzten Wochen häufige Klagen über Leibschmerzen und starke Abmagerung, was die Eltern veranlaßte, auswärts eine Autorität für innere Medizin zu konsultieren. Dabei soll ein bösartiges Gewächs festgestellt sein, dessen Ausgangspunkt jetzt bei der Größe des Gewächses nicht festzustellen sei.

Status praesens: Bei dem sehr blassen und mageren Knaben ist das Abdomen stark vorgewölbt und mit Ausnahme des Angulus epigastricus und einer 4 Querfingerbreiten Zone rechts von der Mittellinie bis herab zur Spina anterior superior ausgefüllt von einem weichelastischen und buckligen, fast garnicht beweglichen Tumor, der sich nach links unten ins Becken hinein verliert. Im Bereich des Tumor streckenweise

Dämpfung, streckenweise Darmton. Keine Leber- oder sonstigen Metastasen nachweisbar. Urin ohne Eiweiß und Zucker.

Diagnose: Maligner Tumor (Sarkom?). Ausgangspunkt zweifelhaft, wahrscheinlich retroperitoneal. Zur diagnostischen Laparotomie und eventuellen Anastomose oder Anus artificialis geraten.

13. 12. 94. **Operation:** Leider existieren über die Operation und weiteren Verlauf nur kurze Bemerkungen im Journal.

Exstirpation mit ausgedehnter Darm- und Blasenresektion. Anlegung eines Anus praeternaturalis. Sehr schwierige, $3^1/_2$ Stunden dauernde Operation. Zahlreiche Verwachsungen mit Netz, Blase und Flexura sigmoidea. Die mit dem Tumor verwachsenen Darmschlingen, eine Dünndarmschlinge und die Flexurschlinge müssen zweimal durchtrennt werden. Tumor nebst großem Mesenterialdrüsenpaket scheinbar ganz entfernt.

Verlauf: Am 2. 2. 04 konnte Patient nach anfangs großer Schwäche, dann gutem Weiterverlauf entlassen werden; Patient aber bald darauf, unter welchen Erscheinungen ist fraglich, gestorben.

8. Fall:

Vertebralmesenterialsarkom. Aachen, L.-H. III.

Theodor d. B., 20 Jahre, aufg. 11. 2. 97, entl. 12. 4. 97.

Anamnese: Eltern und 7 Geschwister gesund. Patient will im 11. oder 12. Lebensjahr Scharlach und Diphtherie überstanden haben, dann aber gesund gewesen sein bis zum 19. Jahr, wo starke Rückenschmerzen auftraten, die Patient sexuellen Einflüssen zuschreibt. Im Sommer 1896 in vollem Wohlbefinden Sturz mit dem Rad, danach anhaltende Schmerzen in der rechten Weiche. Seit 10. 2. 97 plötzliche Verschlimmerung, so daß Patient Hilfe verlangt. Die Schmerzen sollen auch in beide Beine ausstrahlen. Keine sonstigen Klagen.

Status: Starke Blässe des Gesichts. Keine Schwellung der Lymphdrüsen. Am Dorsum penis deutliche Narbe. (Infektion wird negiert.) An Lungen und Herz kein krankhafter Be-

fund. Abdomen weich, unterer Pol der rechten Niere palpabel, kein Tumor. Urin eiweiß- und zuckerfrei. Rechtsseitige Varikozele, Hoden nicht atrophisch. Nervensystem anscheinend frei.

Ordination: Diät. Hydropathische Behandlung.

22. 2. 97. 1,5 kg. Zunahme. Besserung.

1. 3. 97. Wieder starke Schmerzen, mehr in der linken Seite. Objektiv ist ein derber, höckriger, mit der Atmung sich etwas verschiebender Tumor, der sehr schmerzhaft ist, neben der Wirbelsäule zu fühlen.

16. 3. 97. 1,5 kg Gewichtszunahme. Befinden subjektiv gut. Tumor wächst in der Richtung nach der linken Niere. Operation dringend angeraten.

Diagnose: Maligner Tumor, wahrscheinlich vom Mesenterium (radix) ausgehend.

16. 3. 97. **Operation:** Nach Eröffnung des Bauches durch einen Schnitt außen am linken Musculus rectus abdominis präsentiert sich ein 3—4 Fäuste großer, sehr derber Tumor mit unregelmäßiger, flachbuckliger Oberfläche, der, das Mesenterium der Radix infiltrierend, von diesem oder von der Wirbelsäule auszugehen scheint und mit einer Anzahl Darmschlingen, sowie den großen Gefäßen, Aorta und den Nierengefäßen, fest verwachsen ist. Der Versuch, den Tumor auszulösen, der anfangs Erfolg verspricht, muß schließlich als unmöglich aufgegeben werden, da man dicht an die von Tumor umlagerte Aorta herankommt. Wunde fast ganz geschlossen, ein kleiner Teil wird aseptisch tamponiert, resp. drainiert. Ein Stück wird zur mikroskopischen Untersuchung exzidiert. Dieselbe ergibt Osteoidsarkom.

Verlauf: 18. 3. 97. Temperatur normal, Puls gut. Brechneigung. Leib etwas aufgetrieben. Kein Abgang von Blähungen.

30. 3. 97. Verlauf aseptisch. Keine Temperatursteigerung. Allgemeinbefinden zufriedenstellend.

8. 4. 97. Patient klagt zuweilen über ziehende Schmerzen im Rücken, die nach dem Unterleib ausstrahlen, sowie über Übelkeit und Magenbeschwerden.

12.4.97. Subjektives Befinden gut, doch erhebliche Kachexie. Patient wird mit granulierender Wunde zur ambulanten Weiterbehandlung entlassen.

9. Fall:

Spindelzellensarkom des Mesenterium des Jejunum. (Chir. Univers.-Klinik Rostock.)

Frau Caroline K., 30 Jahre, aufg. 31. 8. 03, entl. 29. 9. 03.

Anamnese: Patientin hat 2 Kinder. Im Februar abortiert. Regel immer regelmäßig, alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd. Während der letzten Woche will sie 5 Tage lang aus der Scheide geblutet haben. Seit 5 Wochen merkte sie, daß die Gebärmutter größer wurde. In letzter Zeit viel Schmerzen im Leibe, leidet an Verstopfung.

Status praesens: Mittelgroße, kräftige Frau von gesundem Aussehen. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Brustorgane ohne Besonderheiten. Im Abdomen fühlt man einen derben Tumor, der dem Uterus anzugehören scheint. Nach oben reicht er etwa bis 5 cm. unter den Nabel. Die Größe ist ungefähr die des Kopfes eines Neugeborenen.

Untersuchung per vaginam: Der Tumor hängt nicht mit dem Uterus zusammen, letzterer antevertiert. Ovarium ohne Besonderheiten.

Untersuchung in Narkose: Der Tumor läßt sich im ganzen Leibe herumschieben, beide Nieren deutlich zu fühlen. Eine absolute Milzdämpfung ist nicht nachzuweisen.

Diagnose: Sarkom des Mesenteriums.

3. 9. 03. **Operation:** Schnitt in der Mittellinie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erweist sich der Tumor als kindskopfgroß, vom Mesenterium des Jejunum ausgehend. Es werden etwa 25 cm Jejunum mit dem dazu gehörigen Mesenterium reseziert. Die freien Darmenden werden verschlossen und seitliche Anastomosen angelegt. Etagennaht.

Verlauf: 6. 9. 03. Gestern und vorgestern mehrfach Erbrechen. Puls gut. Abends Darmrohr eingelegt, danach befindet sich Patientin morgens wohler.

8. 9. 03. Patientin fühlt sich wohl, kein Erbrechen.

10. 9. 03. Nähte entfernt. Primärheilung.

16. 9. 03. Wohlbefinden.

20. 0. 03. Patientin steht auf, fühlt sich noch etwas matt. Leichte Temperatursteigerung 37,7.

23. 9. 03. Seit gestern Beschwerden wegen Verhaltung der Winde. Anfallsweise auftretende Schmerzen oberhalb des Nabels. Mehrfache Stuhlentleerungen sind erfolgt. Temperatursteigerung bis 38,2. Keine Auftreibung des Leibes. Geringe Druckempfindlichkeit im Epigastrium links. Prießnitz.

25. 9. 03 Heute bedeutende Besserung. Etwas Durchfall. Flatus gehen ab. Temperatur fällt ab. Keine Schmerzen mehr.

29. 9. 03. Patientin seit mehreren Tagen ausser Bett; fühlt sich wohl. Temperatur normal. Stuhl geregelt. Keine Schmerzen. Abdomen nirgends druckempfindlich. Narbe fest. Patientin wird entlassen.

Beschreibung des Präparates. (Professor Dr. Ricker, path. Institut): 14 cm langes Stück Dünndarm mit dicht am Darm und einer Geschwulst abgetragenem Mesenterium. Der Tumor liegt zwischen seinen Blättern, der Darm läuft im Bogen über ihn hinweg und ist zur Hälfte seines Umfanges gegenüber der Abtragungsstelle des Mesenterium sichtbar, die andere Hälfte ist unversehrt in dem Tumor eingeschlossen unter starker Verengerung seines Lumen. Die Geschwulst ist grobknollig, mißt 9,5:5 cm. Die eine Hälfte ist größtenteils eingenommen von einer Höhle mit blutig gefärbter, dicker Flüssigkeit. Auskleidung z. T. völlig glatt, z. T. fetzig. Die Schnittfläche des Tumor ist weiß, homogen, nahe der Höhle mit Blutungen durchsetzt. Konsistenz leberartig.

Mikroskopisch: Spindelzellensarkom faszikulär. Nahe der Höhle (durch Zerfall entstanden) sind die Bündel als Zellzylinder um ein axiales Gefäß durch Nekrose freigelegt.

Patientin ist Mitte Mai 1904 unter großen Schmerzen und starker Abmagerung gestorben. Der Leib soll „aufgetrieben und steinhart gewesen sein“.

10. Fall:

Tuberkulose der Mesenterialdrüsen (käsiges Drüsenpaket). Chir. Univers.-Klinik Rostock.

Gertrud K., 11 Jahre, aufg. 25. 2. 02, entl. 22. 3. 02.

Anamnese: Eltern und 6 Geschwister gesund. Kind früher skrofulös, sonst gesund. Seit letzten Weihnachten „Magenschmerzen“ und Schmerzen im Rücken, Mattigkeit, kein rechter Appetit. Erbrechen ist nie aufgetreten. Stuhl war etwas angehalten.

Status praesens: Gut entwickeltes Kind, in gutem Ernährungszustand, von gesundem Aussehen. Brustorgane gesund. Leberdämpfung nicht vergrößert. Abdomen flach, Bauchdecken mäßig fettreich, wenig gespannt. Rechts vom Nabel fühlt man einen zirka dattelgroßen, etwas länglichrunden Tumor von derber Konsistenz, der sich gut hin- und herschieben läßt und sich auch bei der Respiration etwas verschiebt. Der Tumor ist auf Druck etwas schmerzhaft. Keine ähnlichen Tumoren im übrigen Abdomen. Kein Erguß in der Bauchhöhle nachweisbar. Im Urin kein Eiweiß und Zucker.

Diagnose: Zirkumskripter (tuberkulöser) Darmtumor?

28. 2. 02. **Operation:** Längsschnitt rechts vom Nabel mit Durchtrennung des Musculus rectus, Peritoneum eröffnet. Netz liegt vor. In der Tiefe unter den Darmschlingen der Tumor fühlbar. Er ist wesentlich größer, als es bei der äußeren Untersuchung schien, gut walnußgroß, retroperitoneal gelegen. Der Tumor wird freigelegt, Bauchhöhle rings mit Kompressen geschützt. Peritoneum parietale inzidiert, Ausschälung der Geschwulst, die sich als verbackenes Drüsenpaket erweist. Es blutet ziemlich lebhaft, so daß mehrere Ligaturen nötig sind. Der Tumor sitzt im Mesokolon ascendens. Neben dem großen Tumor (auf dem Durchschnitt verkäst) werden 2 isolierte Lym-

phome ausgeschält. Mehrere kleine Lymphdrüsen sind außerdem retroperitoneal bezw. im Mesenterium zu fühlen. Schluß des hinteren Peritoneum durch Katgutnaht. Die Nahtstelle wird außerdem mit einer Naht an die Bauchwunde im oberen Winkel fixiert, ein Jodoformgazestreifen darauf geführt. Schluß der übrigen Wunde, Peritoneum mit Katgut-, Muskel und Haut mit Seidennaht.

Verlauf: 7. 3. 02. Normaler fieberfreier Verlauf. Verbandwechsel. Wunde aseptisch. Entfernung des Tampon.

15. 3. 02. Entfernung der Nähte. Wunde bis auf die Stelle des Tampon per primam geheilt.

22. 3. 02. Wunde bis auf einen stecknadelkopfgroßen Granulationspfropf verheilt. Kind hat sich sehr gut erholt Auf Wunsch nach Hause entlassen.

Nach einer Nachricht vom 7. 12. 02 geht es dem Kinde recht gut; frische Gesichtsfarbe. Appetit gut. Keine Klagen mehr.

Was zunächst die Zystenfälle betrifft, so bietet der erste und zweite Fall nichts wesentlich Neues. Der erste zeigt wieder, daß als aetiologisches Moment bei einer hämorrhagischen Zyste, wie auch schon Braquehaye[2]) angibt, ein Trauma in Betracht kommen kann, daß die Patienten bei längerem Bestehen der Erkrankung erheblich in ihrem Ernährungszustand gestört werden, und daß die Operation im vorgeschrittenen Stadium der Gefahren nicht entbehrt.

Bei dem zweiten Fall handelt es sich wahrscheinlich, da multiple Tuberkulose bestand, um ein abgesacktes tuberkulöses Exsudat, eine sogenannte Pseudozyste (Kaufmann).[17]) Bezüglich des Falles III, Enterokystom, dessen Präparat auf dem Chirurgenkongreß 1898 schon von Herrn Prof. Müller demonstriert ist, sei hier erwähnt, daß ich in der Literatur nur zwei derartige operierte Fälle habe feststellen können.

---

[17]) Kaufmann, Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. 1896. S. 396.

Dieselben sind von Nasse[18]) und von Studsgaard[19]) veröffentlicht. Roth, der in seiner Arbeit „über Mißbildungen im Bereiche des Ductus omphalomesentericus“, (Virchows Archiv, Band LXXXVI.) verschiedene Fälle von Enterokystome bespricht, kann auch nur ein einziges intramesenteriales verzeichnen. Im letzteren Falle handelt es sich um ein Kind, das gleich nach der Geburt starb, bei dem außerdem noch drei extramesenteriale Enterokystome bestanden.

Die Fälle Nasse[18]) bezw. Studsgaard[19]) betreffen einen 6 Tage alten Knaben, der nach der Operation starb, bezw. ein 14jähriges Mädchen, bei dem schon zweimal die Punktion gemacht war, und das schließlich durch die Exstirpation geheilt wurde. Alle 3 Fälle gehören dem Ileum an. Die Zystenwände zeigten deutliche Übereinstimmung mit der Struktur der Darmwand: sie waren mit Zylinderepithel ausgekleidet und zeigten auch noch die Lieberkühn'schen Drüsen. In unserem Falle gehörte das Enterokystom dem Mesozoekum und dem Mesenteriolum des Processus vermiformis an. In der Wand fanden sich, wie bereits von Prof. Müller auf dem Chirurgenkongreß 1898 mitgeteilt, noch deutliche Muskelelemente und eine Bindegewebsschicht; die innere Oberfläche war ausgekleidet mit einem Zylinderepithel, das stellenweise zu kubischem abgeplattet war.

Was die Dermoide im Mesenterium betrifft, von denen ja jetzt schon mehrere bekannt sind, so will ich hinsichtlich unseres Falles nur noch als bemerkenswert hervorheben, daß dasselbe einen zirkulären Tumor vortäuschte, so daß man eher geneigt war, die Diagnose auf einen Darmtumor als auf einen Mesenterialtumor zu stellen, umsomehr, als ausgiebige Beweglichkeit nach allen Richtungen bestand.

---

[18]) Nasse, Ein Fall von Enterokystom. Archiv für klinische Chirurgie. 1893. Bd. XLV.

[19]) Studsgaard. Über Geschwülste des Mesenterium. Mitteilungen aus der I. Abteilung des Kommunehospitals zu Kopenhagen. Hospitals Tidende 1894. Referat: Zentralblatt für Chirurgie. 1895. S. 403.

Zu Fall 5 sei bemerkt, daß im Mesenterium sowohl Lymphangiomata cavernosa als auch Lymphangiomata cystica beobachtet sind.

Von ersteren sind mir 4 Fälle bekannt geworden, nämlich der von Weichselbaum,[20]) der bei Hahn[7]) erwähnte, von Sabourin in Société anatomique 1876, April,, beschriebene Fall, ein Fall von Vautrin[21]) und einer von Shukowsky.[22])

Direkt als „Lymphangioma cysticum" veröffentlicht habe ich nur den Fall II bei Metting[16]) (Roth, J. D., Zürich 1880) gefunden, ferner den von v. Ritter,[12]) auf den ich im folgenden gleich eingehen werde. Alle anderen sind mit unter dem Sammelnamen „Lymph- oder Chyluszysten" veröffentlicht.

Meiner Ansicht nach geht v. Ritter[12]) zu weit, wenn er alle Lymphzysten als Lymphangiomata cystica ansieht und für ihre Entstehung „nur noch die Annahme einer aktiven, nach Art eines echten Neoplasmas vor sich gehenden Erweiterung und Hyperplasie bestimmter Lymphgefäßstämme und wahrscheinlich auch die Neubildung solcher Hohlräume" gelten läßt. Der Beginn der Erkrankung soll dann in das frühste Kindesalter fallen oder schon kongenital sein. Dies kann meiner Meinung nach aber nicht auf alle Lymphzysten angewandt werden, sondern trifft nur für einige zu. Der v. Ritter'schen Anschauung tritt auch Smoler[13]) entgegen mit den Worten: „Die Diagnose ‚Lymphangioma' ist nur dort voll berechtigt, wo einerseits die aktive Hypertrophie und Hyperplasie in bezug auf Wandbeschaffenheit und Hohlraumanordnung wirklich nachweisbar ist, und wo anderseits Momente fehlen, die eine andere vielleicht einfachere Genese wahrscheinlich machen." Als andere Entstehungsursachen können dann — wie von anderen Autoren angegeben wird — z. B. in Betracht kommen:

---

[20]) Weichselbaum, Eine seltene Geschwulstform des Mesenterium. Virchows Archiv, Bd. LXIV S. 145.

[21]) Vautrin, Revue de chirurgie. 1898. S. 1128.

[22]) W. P. Shukowski, Mesenterialgeschwulst und Ileus bei Melaena neonatorum. Russ. Archiv für Pathologie von Podwyssotzki, Band XII, Heft 6. — Refer.: Zentralblatt für Chirurgie. 1902. S. 1152.

„die zystische Degeneration der Lymphdrüsen oder die zystische Erweiterung der Lymphgefäße nach Verstopfung infolge entzündlicher Vorgänge". In Rücksicht hierauf möchte ich auch nicht den oben erwähnten Fall von Roth ohne weiteres als Lymphangioma cysticum angeführt wissen.

Wohl aber glaube ich, daß unser Fall den von Smoler[13]) gestellten Anforderungen entspricht (s. die Beschreibung des Präparates). Hierher dürften auch noch gehören Fall I bei Gildemeister[15]) (3 j. Knabe), und Fall II bei v. Ritter[12]) ($3^1{}_4$ j. Knabe). Unserem Fall am ähnlichsten ist der Fall III bei Schierbel.[23]) Bei diesem enthielt die Zystenwand eine Menge Zysten, teils von Kirschgröße, teils stecknadelkopfgroß, außerdem hirsekorngroße, gelbe Pünktchen. Die Innenwand des Tumor zeigte eine Menge Buchten, von geplatzten Innenzysten herrührend. Auf dem Durchschnitt zeigte sich dann, daß die Wand aus einer gleichmäßigen Masse bestand, die vielfach durchsetzt war von kleineren und größeren Zysten, größeren Gefäßen und größeren und kleineren gelben Pünktchen, die denen entsprachen, die auf der Außenseite sichtbar waren. Diese erwiesen sich mikroskopisch als erweiterte Lymphräume. In den kleinsten Hohlräumen fand sich Endothelbelag.

Die soliden Tumoren sollen uns, namentlich was die Prognose der definitiven Heilung betrifft, interessieren.

Fall 8 kann hierbei vollständig außer acht gelassen werden, da er erstlich kein Mesenterialtumor sensu strictiori war, und da zweitens die Exstirpation nicht zu Ende ausgeführt werden konnte.

Im Fall 6 — Herr Prof. Müller hat schon kurz das Präparat auf der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte demonstriert — handelte es sich um ein „zellreiches Fibrom". Der Tumor konnte gänzlich exstirpiert werden und Patientin erholte sich vollständig wieder. Aber schon nach

---

[23]) Schierbel, Welche diagnostische Schwierigkeiten bieten Mesenterialzysten? Inaugural-Dissertation. Straßburg 1899.

Verlauf eines Jahres hatte sich ein Rezidiv eingestellt. Wegen Multiplizität konnte die 2. Radikaloperation nicht ausgeführt werden. Nach fast 4 Jahren ist Patientin dann an Metastasen und Entkräftung gestorben. Der Verlauf des Falles drängt uns Zweifel auf hinsichtlich der mikroskopischen Diagnose, der Tumor ist wohl doch als Fibrosarkom aufzufassen gewesen.

Im Fall 7 — Rundzellensarkom — hat Patient die überaus schwere Operation überstanden, starb aber bald nach der Entlassung aus der Klinik, d. h. etwa 6 Wochen post operationem.

Fall 9. Spindelzellensarkom. Der Tumor wurde vollständig exstirpiert. Patientin hat die Operation gut überstanden, aber schon nach 8 Monaten trat der Tod an Rezidiv bei zunehmender Kachexie ein.

Soweit man aus diesen 3 Fällen einen Schluß ziehen darf, so scheint die Prognose bei den malignen Mesenterialtumören durchaus ungünstig zu sein.

Zum Beweis kann ich auch noch einen Fall aus der Literatur heranziehen, von dem der Verlauf bekannt ist. Es handelt sich um einen Fall von Rasumowsky;[24]) „Myxoma fibrosum".

1. Operation: gut verlaufen. Nach 2 Jahren Rezidiv.
2. Operation: gut verlaufen. Nach 11 Monaten wiederum Rezidiv.
3. Operation: exitus letalis.

Was die Prognose bei den tuberkulösen Erkrankungen der Mesenterialdrüsen betrifft, so ist es schwer, hierüber ein Urteil zu gewinnen, da von keinem der angeführten Fälle der weitere Verlauf des Näheren mitgeteilt ist. In unserem Falle erfreute sich Patientin, laut schriftlicher

---

[24]) Rasumowski, Zur Frage der Prognose bei Gekrösegeschwülsten. Bericht über den ersten Kongreß der Gesellschaft russ. Chirurg. in Moskau vom 9.—11. Jan. 1901. Annalen der russ. Chirurgie 1901. Heft 2. — Refer.: Zentralblatt für Chirurg. 1901. S. 431 u. S. 452.

Nachricht, nach $^{3}/_{4}$ Jahren der besten Gesundheit, hatte speziell nicht über Darmbeschwerden zu klagen.

Überblickt man die Literatur, soweit sie vorliegt — ein großer Teil derselben gehört dem Auslande an —, so scheint mir insofern eine Lücke zu bestehen, als in der Mehrzahl der mitgeteilten Fälle Genese, Diagnose und Operationsverlauf zum Gegenstand der Abhandlung gemacht sind, dagegen die Frage des weiteren Verlaufes (Rezidive) noch mannigfacher Klärung bedarf, ein Thema, welches sich sicher zu einer umfangreichen statistischen Spezialarbeit eignen würde.

26 zystische Tumoren.

a) Chyluszysten. 20.

v. Ritter, Zur Kenntnis der zystischen Lymphangiome im Mesenterium des Menschen. 4 Fälle. Zeitschrift für Heilkunde 1900. Bd. 21.

Smoler, Zur Kasuistik mesenterialer Lymphzysten. Beiträge zur klin. Chirurgie 1902. Bd. 32. Heft 2.

Vautrin, Revue de chirurgie 1898. S. 1128.

Kümmell, 2 Zysten im Mesokolon. 2 Fälle. Festschrift zur Feier seines 70 jähr. Geburtstages am 9. Januar 1893 Fr. v. Esmarch überreicht von Schülern, Freunden und Verehrern. — Refer.: Zentralblatt für Chirurgie 1893. S. 647.

Hochenegg, Über zystische Mesenterialtumoren. Wiener klin. Rundschau 1895. Nr. 6 und 7.

Spaeth, Mesenteriale Chyluszyste, ein Ovarialkystom vortäuschend. München. med. Wochenschrift 1898. Nr. 34.

Letulle, Kyste chyleux du mésentère. Presse méd. 1899. Nr. 59. — Refer.: Zentralbl. f. Chirurgie 1901. S. 236.

v. Blum, Ein Fall von Mesenterialzyste mit Dünndarmvolvulus. — Wiener klin. Wochenschrift 1901. Nr. 48.

Hagen-Torn, Ein Fall von chylöser Mesenterialzyste als Ursache von Ileus und Darmdrehung. Annalen der russ. Chirurgie 1901. Heft 6. — Refer.: Zentralblatt für Chirurgie 1902. S. 584.

Shukowski, Mesenterialgeschwulst und Ileus bei Melaena neonatorum. Russ. Arch. für Pathol. von Podwyssotzki. Bd. XII Heft 6. — Refer.: Zentralblatt für Chirurgie. 1902. S. 1152.

Bondarew, Über primäre Geschwülste des Dünndarmmesenterium. Chirurgia 1903. August. Refer.: Zentralblatt für Chirurgie 1903. S. 1255.

Baumann, Mesenteric cysts. Lancet 1904. Mai.

Metting, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Mesenterialzysten. Inaug.-Diss. Marburg 1898.

Treuberg, Über chylöse Mesenterialzysten. Annalen der russ. Chirurg. 1901. Heft 5. — Refer.: Zentralbl. für Chir. 1902. S. 349.

Schierbel, Welche diagnostischen Schwierigkeiten bieten Mesenterialzysten? Inaug.-Diss. Straßburg 1899.

Gildemeister, Beitrag zur Kenntnis der Mesenterialtumoren. Inaug.-Diss. Breslau 1902.

b) Blutig-seröse Zysten. 1.

Gildemeister, siehe oben.

c) Angiokavernom. 1.

Wagener, Eine Mesenterialzyste. — Weekblad van het Nederl. Tydschr. voor Geneeskunde 1902. II. No. 23. — Refer.: Münch. med. Wochenschrift 1903. Nr. 5 p. 224.

d) Echinokokkuszyste. 1.

D'Urso, Cisti da echinococco del mesentere. Estirpazione. Guarigione. Il. Policlinico 1901. Vol. VIII. Refer.: Hildebrand, Jahresbericht für Chirurgie. 1901. p. 599.

e) Zystadenom. 1.

Dowd, Mesenteric cysts. — Annals of surgery. 1900. Okt. — Refer.: Zentralbl. für Chir. 1901. S. 455.

f) Unbestimmte. 2.

Schierbel, siehe oben.

27 solide Tumoren.

a) Lipome. 5.

Latouche, Lipome du mésentère. Laparotomie. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. 1900. Nr. 29. Refer.: Hildebrand, Jahresbericht für Chirurgie. 1900. S. 481.

Lauwers, Lipome du mésentère; ablation, guérison. Bull. de l'acad. Roy. de méd. de Belg. 1891. Nr. 4. — Refer.: Zentralbl. für Chirurg. 1891. S. 968.

Sikemeyer, Zur Diagnostik der retroperitonealen Tumoren. Inaug.-Diss. Heidelberg 1900. 2 Fälle.

Terillon, Lipomes du mésentère. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XII. — Refer.: Zentralbl. für Chirurg. 1886. S. 871.

b) Fibrome. 4.

Gildemeister, siehe oben.

Lexer, Operation eines Mesenterialfibrom mit ausgedehnter Resektion des Dünndarmes. Berl. klin. Wochenschrift 1900. Nr. 1.

Vuić, Ein Fall von Fibroma mesenterii. Liecnicki viestnik 1899. Nr. 5. Kroatisch. — Refer.: Zentralbl. für Chirurg. 1899. S. 1031.

Murphy, Fibroma of the mesentery. Medical news 1901. August 17. — Refer.: Hildebrand, Jahresbericht für Chirurgie. 1901. p. 600.

c) Sarkome. 7.

Gildemeister, siehe oben.

Bondarew, siehe oben.

Duchanin, Fall von Sarkom des Dünndarmgekröses. Chirurgia 1898. p. 417. — Refer.: Zentralbl. f. Chirurg. 1899. S. 64.

Blobet, Ablation d'un sarcome du mésentère et résection d'un mètre et demi d'intestine grêle. — Revue de chir. 1891. Nr. 8.

Trinkler, Zur Kasuistik der Gekrösgeschwülste. Bericht über den I. Kongreß der Gesellschaft russ. Chir. in Moskau vom 9.—11. Jan. 1901. — Refer.: Zentralbl. für Chirurg. 1901. S. 431.

Harris and **Herzog,** Solid mesenteric tumors with report of cases. Annals of surgery 1897. Juli.

Bernays, Sarcoma of the mesentery. Annals of surgery. 1902. Juni. — Refer.: Zentralbl. für Chirurg. 1903. S. 368.

d) Mischformen. 11.

α) Myxolipome. 4.

Heurtaux, Myxome lipomateux du mésentère de six kilogrammes cinquante grammes. Ablation, Guérison. — Archiv prov. de chir. T. II. p. 164. Refer.: Zentralbl. für Chir. 1893. S. 621.

Lejars, Myxo-lipome diffus du mésentère et des mésocolons. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXIV. p. 449. — Refer.: Zentralbl. für Chir. 1899. S. 615.

Madelung, Exstirpation eines vom Mesenterium ausgehenden Lipoma oedematosum myxomatodes mit partieller Resektion des Dünndarmes. — Berliner klin. Wochenschrift 1881. Nr. 6.

Douglas, Primary retroperitoneal solid tumors. Annals of surgery. 1903. No. 3. p. 372. — Refer.: Zentralbl. für Chir. 1903. S. 845.

β) Myxosarkome. 1.

Terrier, Présentation d'un énorme myxo-sarcome, développé dans le mésentère. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XVI. — Refer.: Zentralbl. f. Chirurg. 1891. S. 203.

γ) **Myxoma fibrosum.**

Rasumowski, Zur Frage der Prognose bei Gekrösgeschwülsten. Bericht über den 1. Kongreß der Gesellschaft russ. Chirurg. in Moskau vom 9.—11. Jan. 1901. Annalen der russ. Chirurgie. 1901. Heft 2. — Refer.: Zentralblatt für Chirurgie. 1901. S. 431 und S. 952.

δ) **Fibrolipom.**

Dallmann, Über Mesenterialtumoren. Inaug.-Diss. Halle 1903.

ε) **Fibrosarkom.**

Zernsdorff, Über Tumoren des Mesenterium und des Netzes. Inaug.-Diss. Jena 1887.

Rentrop, Beitrag zur Kasuistik der Mesenterialsarkome. — Inaug.-Diss. Leipzig 1902.

ζ) **Fibromyxom.**

Shepherd, Successful removal of an enormous mesenteric tumor and nearly eight feet of intestine. Brit. med. journ. Oktob. 1897. Refer.: Zentralbl. f. Chir. 1898. S. 397.

η) **Angiosarkom.**

Gildemeister, s. oben.

14 erkrankte Drüsen.

(Tuberkulose.)

Fraipont, Observations chirurgicales. Extrait des annal. de la soc. méd. chir. de Siège. 1886. Nr. 11. Refer.: Zentralbl. für Chirurg. 1887. S. 607.

Schmid-Monnard, Über Laparotomie bei Mesenterialtuberkulose. Münchener med. Wochenschrift. 1893. Nr. 49.

Pagenstecher, 2 Fälle von Zystenbildung im Mesenterium. Berl. klin. Wochenschrift. 1895. Nr. 42.

Grüneberg, Zur Kasuistik der Mesenterialgeschwülste. Deutsche med. Wochenschrift. 1896. Nr. 24.

Bier, Deutsche med. Wochenschrift. 1892. No. 23. p. 538. Hier erwähnt: 1 Fall von Tillaux, 2 Fälle von v. Czerny.

Elliot, Succesful removal of acutely inflamed tubercular mesenteric glands. — Transactions of the American surgical association Vol. 18. Refer.: Zentralbl. für Chirurgie. 1901. S. 408.

Aus dem Sanitätsbericht über die Kgl. preuß. Armee, das XII. Kgl. sächs. und das XIII. Kgl. würtemb. Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Okt. 1899 bis 30. Sept. 1900. S. 179.

Baum, Ein großer tuberkulöser Mesenterialtumor. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1902. Bd. LXIV. p. 286. Hier erwähnt 1 Fall von Bentson.

Richardson, A case of acute tuberculosis of the mesenteric glands of the ileocoecal coil; removal; permanent recovery. Transactions of the American surgical association. Vol. 18. — Refer.: Centralbl. für Chirurgie. 1901. S. 408.

Kukula, Archiv für klin. Chirurgie. 1900. Bd. 60 S. 903.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Müller für die gütige Überweisung dieses Themas, sowie für die Durchsicht dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank abzustatten, ebenso bin ich Herrn Assistenzarzt Dr. Becker für die freundliche Hilfeleistung bei dieser Arbeit zu Dank verpflichtet.

Lebenslauf.

Ich, Gustav Paul Friedrich Ernst Forjahn, wurde geboren am 30. Mai 1877 zu Wustrow als Sohn des Lehrers Gustav Forjahn. Ich besuchte die Knabenprivatschule meines Heimatortes und von Ostern 1890 ab das Gymnasium zu Doberan, wo ich am 18. März 1898 das Zeugnis der Reife erhielt. Dann studierte ich in Rostock und Halle a. S. Medizin. Am 2. Mai 1900 bestand ich in Rostock die ärztliche Vorprüfung, und am 24. März 1903 vollendete ich ebendort das Staatsexamen. Die mündliche Doktorprüfung legte ich am 26. März 1903 ab.

Vom 1. April 1903 ab genügte ich meiner gesetzlichen Dienstpflicht.

Am 10. März 1904 wurde ich zum Assistenzarzt befördert.